

Vollmacht für die Zustellung der Korrespondenz an eine Drittperson

Persönliche Daten versicherte / rentenbeziehende Person

Name

Vorname

Adresse:

AHV-Nr.:

Korrespondenzadresse

Hiermit erteile ich der Sammelstiftung Symova den Auftrag, alle Korrespondenz an folgende Adresse zuzustellen:

Ich nehme zur Kenntnis, dass die folgende Person damit unter Umständen auch Einsicht in schützenswerte Daten erhält. Eine Weitergabe der Daten/Auskunft über die berufliche Vorsorge an andere Dritte ist untersagt.

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

Diese Vollmacht kann jederzeit **widerrufen** werden. Der Widerruf muss schriftlich erfolgen.

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift der versicherten / rentenberechtigten Person

Vollmacht bitte unterschrieben zusammen mit einer Kopie eines amtlichen Ausweises des Vollmachtgebers (versicherte oder rentenberechtigte Person) an die untenstehende Adresse zustellen.

